

Registrarse con anticipación.  
Fecha límite es 1 de Abril !!!

Estimados estudiantes y padres / tutores,

Gracias por su interés en la Academia PlaySmart 2017.

La realización de este paquete de registro es el primer paso hacia el aprendizaje de nuevas habilidades, conocer gente nueva y divertirse en la Academia de este verano!

**Aquí están algunos recordatorios importantes:**

1. La Academia se celebrará en la escuela de Rye Country, **TBD** de lunes a viernes. El programa comienza a las 9 am (supervisión comienza a las 8:30 am) y termina a las 3:30 pm (Recoger o caminar a la casa se espera que sea no más tarde de 3:45).
2. TODAS las secciones y formas / exenciones en este paquete deben ser llenada por el padre / tutor legal.
3. Hay una sección en la que el estudiante es responsable de (vea la páginas 3 &4).
4. Opcionales "Reuniones de la casa abierta" para contestar preguntas y discutir el programa se celebrarán en mayo o junio: las fechas / horas se darán a conocer antes.

Por último, una vez que recibimos la inscripción debidamente completada, le enviaremos un email de confirmación y / o una carta con información adicional sobre la Academia.

Pongase en contacto con nosotros con cualquier pregunta. Esperamos contar con su aplicacion este verano! Liz

Delizia  
PlaySmart  
(917) 449-7043 celular  
liz@playsmart.org

REGISTRO COMPLETO pueden ser enviados a la siguiente dirección:

Liz Delizia  
PlaySmart  
30 Johnson Place  
Rye, NY 10580

**\* Por Favor Escriba Claramente \***

## Academia PlaySmart 2016 Formulario de Inscripción

<b>Escuela de Rye Country Day, TBD Julio, 9:00 am - 3:30 pm</b>			<b>Fecha de hoy:</b>		
<b>INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE</b>					
Nombre del Niño::		Nombre del medio del Niño:		Apellido del Niño:	
Dirección de la casa:				#APT	
Ciudad:	Estado:	Codigo postal:	#Teléfono de Casa :		
Escuela Actual:	Fecha de nacimiento: Mes/Dia/Año	Grado actual::	Hombre o Mujer (círculo)		
Email:	#Teléfono Celular:	Podemos mandarle un texto? Sí No (marque uno)			
Etnicidad del Niño (Marque todas las que apliquen) African American Anglo Hispano Indio Americano Asiático Otro: _____					
Con quien vive este niño principalmente? (Marque todo lo que corresponda) Madre Padre Hermanos Abuelos Familiares Otro: _					
Tamaño de la camiseta: (marque uno) Juventud: Small Medium Large XL Otro: _					
¿Este niño es elegible para el programa de almuerzo gratis oa precio reducido?				SÍ	NO
¿Cuál es la capacidad actual de la natación del niño? (Marque uno) Principiante		No sabe nadar	puede nadar con la supervisión avanzada	puede nadar con NO supervisión	
¿Cómo será este niño asistir a la Academia? (Marque uno)		Padre / Tutor / Relativo transportará *		El niño va a caminar o tomar el transporte alternativo *	
* Lista de los que, además de los padres / tutores autorizados a transportar a su hijo:					
<b>PADRE / GUARDIAN # 1</b>					
Nombre del Padre / Tutor (Nombre, Segundo Nombre, Apellido):			Relación al niño:		
Dirección de la casa:			Ciudad:	Estado:	Codigo postal:
Teléfono de la casa:	Empleador:		Teléfono del trabajo:		
Dirección de correo electrónico:	Celular:		Podemos mandarle un texto? (Marque con un círculo) Sí No		
<b>PADRE / GUARDIAN # 2</b>					
Nombre del Padre / Tutor (Nombre, Segundo Nombre, Apellido):			Relación al niño:		
Dirección de la casa:			Ciudad:	Estado:	Codigo postal:
Teléfono de la casa:	Empleador:		Teléfono del trabajo:		
Dirección de correo electrónico:	Celular:		Podemos mandarle un texto ? (Marque con un círculo) Sí No		
En caso de una emergencia y el padre / tutor arriba no puede ser alcanzado por favor indique una persona de contacto a continuación: Contacto: _____ Relación: _____ Teléfono: _____					

## INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE

Nombre del médico: Domicilio del Médico: Ciudad: Estado: Código Postal:	Teléfono:
Seguro Medico: Póliza:	Teléfono:

Favor de revisar cada categoría y marcar todas las casillas que correspondan a su hijo. Por favor especificar cualquier medicamento que su hijo participa regularmente y completar el formulario de solicitud de medicamentos que se adjunta.

Categoría	Sí	No	Por favor indique las alergias, condiciones médicas, medicamentos que toma, efectos secundarios que debe vigilar, necesidades especiales o instrucciones especiales No lo deje en blanco. Si No hay Instrucciones Escriba N / A NINGUNO o.
Alergias			
Asma			
Problemas Médicos			
Necesidades dietéticas especiales			
La hepatitis C			
Medicación actual			
Otro			

\*\* Si necesita medicamentos que se administran durante las horas del programa, voy a completar la documentación adicional necesaria y seguir todos los requisitos necesarios. Entiendo que los medicamentos sin receta como Tylenol, Pepto Bismal, Etc. no será administrado por el Programa a mi hijo. \*\*

### Permiso

Responsabilidad Civil y Emergencias médicas: PlaySmart ofrece programas deportivos, educativos y recreativos. Entiendo que la afiliación es voluntaria y tienen la confianza de que se tomarán todas las precauciones para garantizar la seguridad y bienestar de mi hijo. Entiendo las actividades y servicios pueden tener un elemento de riesgo y el peligro inherente y asumir la plena responsabilidad por las acciones y la condición física de mi hijo. Estoy de acuerdo en nombre de mí mismo, mi hijo nombrado en este documento, o nuestros herederos, sucesores y cesionarios, mantener indemne y defender PlaySmart, sus oficiales, directores y agentes, chaperones o representantes asociados con el evento, que surja de o en conexión con mi niño que asiste o en transporte hacia y desde el evento (incluyendo viajes de estudios), o en conexión con cualquier enfermedad o lesión o costo del tratamiento médico en relación con el mismo, y yo estoy de acuerdo en indemnizar a PlaySmart, sus oficiales, directores y agentes, chaperones, o representantes asociados con el evento de los honorarios y gastos que surjan en relación con la misma razonables de abogados.

Entiendo que si mi hijo tiene problemas de salud, debo informar PlaySmart antes de participar en cualquier actividad. Por la presente certifico que a lo mejor de mi conocimiento, mi hijo se encuentra en buen estado de salud, y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo. En caso de una emergencia, doy permiso al personal PlaySmart para asegurar el tratamiento médico / quirúrgico para mi hijo, incluyendo el transporte de mi hijo a un hospital para recibir tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. Voy a aceptar todos los gastos de esa atención. Deseo ser notificado, si no puedo ser localizado, por favor notifique a los contactos de emergencia que figuran en esta solicitud.

Plan de estudios del programa: Entiendo que mi hijo pueda asistir a las clases que pueden incluir discursos adecuados a la edad y en todo el desarrollo del carácter, la vida sana y otras clases (es decir, la prevención de la violencia, la prevención del abuso de drogas, trastorno de comer la educación, la educación relación sana, etc.)

Recolección de datos: Entiendo que mi hijo tendrá preguntas que evalúan su / su experiencia con el programa de PlaySmart, él / ella o su opinión sobre el programa, y cualquier impacto que el programa puede haber tenido sobre ellos. Entiendo que toda la información recopilada en mi hijo se mantendrá confidencial. Sólo los datos que sean anónimas (es decir, no ir directamente a mi hijo o el nombre del niño (s) a los registros) pueden ser entregados a un tercero para fines de evaluación.

Comunicado de prensa: Por la presente doy mi consentimiento completo al PlaySmart, y socios de fotografiar o publicar (a través de impresos, audio, video, Internet) cualquier fotografía, grabación de audio y / o video de ellos en el que yo o mi hijo (a) aparece. Estoy de acuerdo en que se pueden usar para un periodo de tiempo indefinido, a menos que se exprese lo contrario por mí mismo, para su exhibición pública y / o publicación, y puede ser publicado en Internet.

Firma del Padre / Tutor:

Fecha: \_



## PERSONAL STATEMENT

Dear Student,

We are excited you are interested in the PlaySmart Academy! Space is limited for this unique experience. PlaySmart features a number of different sports and lifeskills combined – the idea is the lessons you learn on the sports field can be applied in life. In addition to learning and playing tons of sports, we cover topics like respect, hard work, teamwork, sportsmanship, and honesty. Please describe briefly below why you would like to attend the Academy and why you think your application should be considered for this opportunity. Include this page with the entire application form when you submit it. Thank you!

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

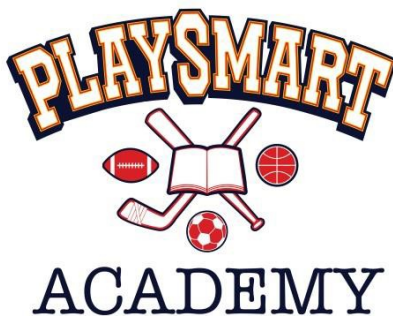
---

---

---

---

---



## FIRMA DEL FORMULARIO DE REFERENCIA

Estimado estudiante,

Como asistentes a la Academia es una experiencia de desarrollo de liderazgo, requerimos que usted haga un adulto para proporcionar una referencia para usted. Un adulto responsable es alguien que no sea su padre / tutor o miembro de la familia, como un maestro, entrenador, mentor, líder religioso o alguien que conoce y le apoya. Favor de traer este formulario para alguien de su elección y les pedimos que llenarlo. Después, devuelva este formulario con su paquete de inscripción o que esta persona correo electrónico o correo de vuelta a PlaySmart.

### ATENCIÓN PERSONA DE REFERENCIA:

El estudiante antes de que está aplicando para asistir a la Academia PlaySmart. La Academia es un programa único para estudiantes de secundaria que combinan deportes, académicos y de desarrollo de habilidades para la vida. La Academia ayuda a construir la confianza, exponer a los estudiantes a las posibilidades futuras de ellos, enseña nuevas habilidades para la vida y los conecta a la gente positiva en la comunidad. Al proporcionar esta firma de referencia, que está ayudando con el primer ejercicio de liderazgo del estudiante, así como dar tu aprobación que este estudiante se beneficiaría de asistir a la Academia. Por favor, consulte las instrucciones a continuación para enviar este formulario.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre de referencia: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

¿Recomienda este estudiante para asistir a la Academia PlaySmart?    SI    NO (marcar con un círculo)

Por favor, incluya cualquier comentario sobre este solicitante asistir al programa:

\_\_\_\_\_

Firma Referencia: \_\_\_\_\_

Usted puede dar a esta forma de nuevo a la estudiante o por correo electrónico a [liz@playsmart.org](mailto:liz@playsmart.org) o por correo a **Liz Delizia, PlaySmart, 30 Johnson Place, Rye, NY 10580**

*Gracias por su ayuda en la ayuda a los jóvenes a alcanzar su académico y el potencial de vida a través del deporte!*